# ITEM 227 : INSUFFISANCE VEINEUSE CHRONIQUE - VARICES

**Insuffisance veineuse chronique** = dysfonction du système veineux par **incontinence valvulaire** touchant le système veineux superficiel et/ou profond, avec ou sans **obstruction veineuse** associée : très fréquente, touche 30% de la population globale
- **Essentielle** (le plus souvent) ou **acquise**
- FdR : âge ++, sexe féminin (3/1), antécédents familiaux, obésité, grossesse…
- Problème de santé publique : **prévalence** entre **30 et 60 %** selon les études avec en France plus de **20 millions** de patients ayant une IVC tout stade confondue, et 400 000 compliquée d'ulcère veineux

**Varice** = dilatation permanente et pathologique (> 3 mm en position debout) d'une ou plusieurs veines superficielles, associée le plus souvent à un reflux par incontinence valvulaire : **asymptomatique, gêne esthétique**, ou provoque une **insuffisance veineuse chronique**

## *Physiopathologie*

| | |
|---|---|
| Système veineux des membres inférieurs | - **Réseau superficiel** (draine **10%** du retour veineux) : **grande veine saphène** (ou **saphène interne**) et **petite veine saphène** (ou **saphène externe**) → en cause dans les varices<br>- **Réseau profond** (draine **90%** du retour veineux) : **veines satellites des artères** (2 veines pour 1 artère)<br>- Anastomoses entre veines saphènes : **veines communicantes**<br>- Anastomoses entre réseaux superficiel et profond : **veines perforantes** |
| Retour veineux | Différents mécanismes luttant contre la pression orthostatique due à la pesanteur en orthostatisme :<br>- **Valvules** : dans toutes les veines du MI, au niveau des confluents veineux, empêche le reflux de sang en sens contraire au retour veineux<br>- **Pression résiduelle** : due à l'éjection du ventricule gauche (atténuée après passage dans le réseau artériel, artériolaire et capillaire)<br>- **Rôle musculaire** : la semelle plantaire, le déroulement du pied, la pompe musculaire du mollet et le système abdomino-diaphragmatique avec les mouvements respiratoires donnent une impulsion au retour veineux |

L'IVC est 2ndr à une incapacité des veines superficielles du MI à assurer correctement le retour sanguin :
- **Élévation chronique de la pression locale** : les MI sont les lieux du corps où la pression veineuse est la plus élevée
- **Anomalie anatomique de la veine** : génétique, congénitale, hormonale, 2ndr à une maladie post-phlébitique (TVP)

Conséquence : **Reflux par incontinence valvulaire veineuse** et/ou **obstacle à l'écoulement veineux**

## *Étiologie*

| | | |
|---|---|---|
| Insuffisance veineuse primitive | | - Étiologie la plus fréquente<br>- **Varices essentielles** : varices **systématisées** (grande saphène et/ou petite saphène), ou varices **non systématisées**, dites non saphènes aux dépens de veines perforantes ou de veines pelviennes<br>- **Insuffisance valvulaire profonde primitive** (rare, chez le sujet âgé) : défaut de coaptation des valvules, créant un reflux valvulaire profond, d'origine génétique et/ou hémodynamique, à suspecter notamment en cas de troubles trophiques veineux de survenue anormalement précoce<br>- **Facteurs favorisants +++** : prédominance féminine, âge, terrain familial, grossesses multiples, obésité, constipation, striction vestimentaire, sédentarité, station debout prolongée, exposition prolongée à la chaleur, chauffage par le sol, œstrogènes … |
| *Insuffisance veineuse secondaire* | **Maladie post-thrombotique** | - Une TVP peut générer un syndrome post-thrombotique (SPT) par **2 mécanismes** : **destruction** valvulaire source de reflux, et/ou **l'obstruction** veineuse résiduelle<br>- Souvent **plusieurs années après** une TVP (50% après 5 à 10 ans) : destruction des valvules par la réaction inflammatoire locale et mise en jeu d'une collatéralité moins compétente<br>- **Sévérité** du SPT est fonction de l'importance du dysfonctionnement veineux résultant du syndrome post-thrombotique séquellaire, pouvant aller jusqu'à la claudication veineuse<br>- Évaluation de sa sévérité par le score de **Villalta** (détaillé à titre indicatif dans la fiche LiSA)<br>- Risque important de SPT en cas de **thrombose ilio-fémorale** : 20-50% même si traitement bien conduit (dont 5-10% de SPT sévère) |
| | **Malformations et angiodysplasie veineuse** | - **Insuffisance valvulaire profonde** : **agénésie** ou **dysplasie valvulaire**<br>- **Insuffisance veineuse localisée**<br>- **Angiodysplasie**<br>- **Syndrome malformatif :** exemple Klippel-Trénaunay qui associe une dysplasie veineuse, une malformation capillaire et un allongement / hypertrophie du membre atteint |
| | **Syndrome compressif** | - **Syndrome de Cockett** : compression de la veine iliaque primitive gauche par l'artère iliaque primitive droite, risque de thrombose fémoro-iliaque gauche complète<br>- **Compression des vaisseaux iliaques par une tumeur pelvienne**<br>- **Syndrome soléaire** : compression des v. soléaires tibio-péronières par l'arcade du soléaire |
| | **Fonctionnelle** | **= Sans anomalie morphologique**, déficience de la pompe musculaire du mollet : fréquente chez le sujet âgé, par diminution de la marche, perte de volume musculaire, altération de la dynamique cardio-respiratoire… |

<table>
<tr><td rowspan="11">Diagnostic</td><td>SF</td><td colspan="3">- Lourdeur/pesanteur (70%) : majoritairement des jambes et des mollets, à type de fatigabilité ou de gêne, majorée en fin de journée, période prémenstruelle ou grossesse, au cours de fortes chaleurs, en position debout prolongée ; calmées par la marche, l'exercice physique, le froid ou la position allongée/surélevée des jambes<br>- Phlébalgie = douleurs spécifiques d'un trajet veineux, surtout de la saphène interne<br>- Crampes : en position debout, ou en position allongée seulement en cas de reflux valvulaire<br>- Impatience : sensation d'engourdissement apparaissant lors de la position immobile, obligeant le patient à se mobiliser et se lever (diagnostics différentiels = impatience des jambes nocturnes dans le cadre d'un syndrome des jambes sans repos, brulures et rougeurs du pied dans le cadre d'un acrosyndrome type érythermalgie)<br>- Claudication veineuse (post-thrombotique surtout) : lourdeur musculaire apparaissant à la marche, cède au décubitus<br>- Œdème du/des MI : blanc, mou, prend le godet, avec une nette recrudescence vespérale, sans redistribution vers d'autres territoires<br>- Gêne esthétique : varices ou varicosités, sans gêne fonctionnelle</td></tr>
<tr><td rowspan="10">SC</td><td colspan="3">- Examen bilatéral comparatif : - En position debout (escabeau de phlébologie)<br>- GVS : MI à 45° de rotation externe, en légère flexion<br>- PVS : MI en légère flexion, reposant sur le sol par la pointe du pied</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Varices</td><td colspan="2">= Veine sous-cutanée dilatée (> 3 mm en position debout) et tortueuse<br>- Systématisées à la grande ou à la petite veine saphène ou non systématisées (diffuse)<br>- Palpation : recherche d'une induration au niveau de la veine, d'une douleur, ou d'une inflammation locale en faveur d'une thrombose superficielle<br>- Auscultation : recherche d'un souffle évocateur d'une fistule artério-veineuse (thrill)</td></tr>
<tr><td>DD</td><td>- Diamètre < 3 mm : veines réticulaires, varicosité, télangiectasies<br>- Dilatation des veines physiologique chez le sportif<br>- Vicariance : collatéralité physiologique après TVP obstructive<br>- Malformation vasculaire congénitale chez l'enfant<br>- Fistule artério-veineuse post-traumatique : dilatation veineuse, souffle et thrill continu<br>- Compression pelvienne avec dilatation du réseau veineux d'amont<br>- Pathologie non veineuse : hernie crurale, kyste synovial, anévrysme poplité, hernie aponévrotique musculaire à la face externe de la jambe</td></tr>
<tr><td>Insuffisance veineuse</td><td colspan="2">- Douleur, œdème des MI<br>- Atteinte cutanée : dermite ocre, atrophie blanche, eczématisation, ulcère veineux<br>- Signe étiologique : varice, phlébite, angiome veineux, toucher pelvien</td></tr>
<tr><td>Incontinence valvulaire</td><td colspan="2">- Signe du flot : patient allongé, percussions répétées de la partie proximale de la veine saphène/partie distale du MI avec un doigt envoie une onde de pression, recherchée par l'autre main à la partie distale de la veine/proximale du membre → ne teste pas le reflux valvulaire<br>- Signe de Schwartz : patient debout, la percussion veineuse en sens inverse du signe du flot provoque une onde de pression rétrograde en cas d'incontinence valvulaire<br>- Epreuve de Trendelenburg : patient couché, MI surélevés, avec un garrot à la racine de la cuisse, lorsque le patient se lève, les veines superficielles se remplissent progressivement de bas en haut et l'ablation du garrot n'a normalement pas d'effet → en cas d'incontinence de la valvule ostiale de la grande veine saphène : remplissage brutal à l'ablation du garrot<br>- Épreuve des garrots étagés : veines superficielles vidées par la surélévation de la jambe, 2 garrots placés à distance l'un de l'autre → à la mise en position debout, le segment veineux entre les 2 garrots se remplit en cas d'incontinence valvulaire des veines perforantes</td></tr>
<tr><td>PC</td><td colspan="3">Echo-Doppler veineuse des MI en position debout : confirmation diagnostique, exploration des veines profondes, recherche de reflux pathologique, d'incontinence des veines perforantes, de séquelles ou signes de TVP, de compression extrinsèque + marquage cutané préopératoire des anomalies<br>- Indication : bilan préopératoire (systématique), bilan pré-sclérose, ulcères des MI ou suspicion de TVP</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">Classification CEAP<br>(A titre d'exemple d'après la fiche LiSA)</td><td>C = Clinique (de 0 à 6)</td><td>- 0 : aucun signe visible/palpable<br>- 1 : Télangiectasies/veines réticulaires<br>- 2 : Veines variqueuses<br>- 3 : Œdème<br>- 4 : Trouble trophique : pigmentation ou eczéma (4a), hypodermite (4b)<br>- 5 : Ulcère cicatrisé<br>- 6 : Ulcère non cicatrisé<br>- A si asymptomatique ou S si symptomatique (douleur, prurit, pesanteur)</td></tr>
<tr><td>E = Etiologie</td><td>C (congénital), P (primaire) ou S (secondaire), N si non identifiée</td></tr>
<tr><td>A = Anatomie</td><td>S (superficiel), D (profond), P (perforant), N si non identifiée</td></tr>
<tr><td>P = Physiopathologie</td><td>R (reflux), O (obstruction), N si non identifiée</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Évolution</td><td>Varices</td><td colspan="3">- En cas de facteur causal aigu (grossesse, prise de contraceptif…) : régression possible<br>- Sans facteur causal aigu : régression sous traitement ou plus souvent stabilisation ou aggravation vers l'IVC</td></tr>
<tr><td>IVC</td><td colspan="3">- Aggravation progressive avec apparition de complications en l'absence de traitement</td></tr>
</table>

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Complication* | *Complication pour les varices* | **Rupture** | - **Rupture externe** par **traumatisme au niveau d'un paquet variqueux** : hémorragie externe, souvent impressionnante → CAT : surélévation de la jambe, pansement compressif, parfois transfusion<br>- **Rupture interstitielle** par **déchirement d'une veine perforante lors d'un effort musculaire** : hématome très douloureux |
| | | **Thrombose** | = **Thrombose superficielle** : cordon inflammatoire, douloureux, chaud sur un trajet variqueux<br>- **TVS segmentaire** : évolution banale<br>- **TVS saphène** : extension possible au réseau profond avec risque de **TVP**, voire **d'EP** |
| | *Complication cutanée pour l'insuffisance veineuse chronique* | | - **Dermite pigmentée = dermite ocre** = extravasation sanguine avec dépôts pigmentaires : aspect purpurique pigmenté, débutant à la partie inférieure et interne des jambes, parfois précédée d'un prurit, irréversible<br>- **Dermite atrophique** ou **atrophie blanche de Millian** : zones blanchâtres, de siège malléolaire interne ou externe, généralement entourée de fines télangiectasies, associée à une importante insuffisance veineuse, précédant l'ulcère veineux<br>- **Dermo-hypodermite de stase (lipodermatosclérose)** : localisée au tiers inférieur de jambe, prenant initialement un aspect inflammatoire avec rougeur cutanée et douleurs, puis évoluant par poussées (lésions en rapport avec l'extravasation de polynucléaires, *dg différentiel = érysipèle*) : évolution progressive vers une fibrose engainante induisant une guêtre rigide (« hypodermite scléreuse »)<br>- **Stase lymphatique** : œdème permanent, infiltré, avec peau épaissie et cartonnée, orteils boudinés, souvent aggravée par les surinfections locales itératives<br>- **Eczéma variqueux** : allergie mycosique associée, caractérisée par des lésions érythémato-vésiculeuses ou squameuses sur le trajet des varices, pouvant être associée à une mycose interdigitale des pieds<br>- **Ulcère veineux chronique** : généralement volumineux, indolore ou peu douloureux, aspect superficiel non creusant, exsudatif et fibrineux, siège péri-malléolaire, avec des contours polycycliques en « carte de géographie », avec une tendance à l'extension<br>- **Cancérisation** d'un ulcère (exceptionnelle, après de plusieurs années d'évolution sans cicatrisation) : biopsie en cas de bourgeonnement excessif |
| *TTT* | **Hygiène de vie** | | - **Surélévation des jambes**, surélévation des pieds du lit de 7-10 cm,<br>- Lutte contre la sédentarité,<br>- **Marche régulière** quotidienne,<br>- Eviter De Croiser Les Jambes En Position Assise,<br>- **Eviter les stations debout et immobile prolongées**,<br>- **Lutte contre le surpoids et l'obésité**,<br>- Eviter le chauffage par le sol, les bains chauds et l'exposition prolongée au soleil,<br>- Prise en charge de la constipation |
| | **Médicament veino-actif** | | = Effets modérés sur les symptômes, de peu d'intérêt, sans effet sur l'aggravation de l'IVC<br>- Indications en présence d'une **gêne fonctionnelle** : jambes lourdes, douleurs, impatience<br>- Prescription sur une **durée déterminée** (pas au long cours) ± poursuivi si réapparition des symptômes à l'arrêt<br>- **Inutile si IVC asymptomatique** |
| | **Compression veineuse** | | - **Faible** (classe I), **moyenne** (classe II), **forte** (classe III) ou **très forte** (classe IV)<br>- **Élastique +++** (↗ de la compression à l'activité musculaire, mieux tolérée) ou **non élastique**<br>- Efficacité maximale si mise en place **le matin avant le lever**<br>- Adaptée à la **sévérité** : classe I ou II si IVC non compliquée, classe III ou IV si IVC compliquée |
| | | Indications | *Cf. tableau page suivante* |
| | | Contre-indication | - **AOMI** : Contre-indiqué en cas d'AOMI sévère (IPS < 0,6)<br>- **Microangiopathie diabétique évoluée (TcPO2 < 30 mmHg)**<br>- ***Phlegmatia coerulea dolens***<br>- **Thrombose septique**<br>**NB : réévaluation régulière du rapport B/R** de la compression veineuse en cas de :<br>- AOMI avec IPS entre 0,6 et 0,9<br>- Neuropathie périphérique évoluée<br>- Dermatose suintante ou eczématisée<br>- Intolérance aux fibres utilisées |
| | | Méthode | - **Bande** : pour une durée courte, par un personnel entraîné<br>- **Bas** (chaussettes, bas-cuisse ou collants) : pour une utilisation à long terme |
| | | Classification | - Classe I = entre 10 et 15 mmHg<br>- Classe II = entre 15 et 20 mmHg<br>- Classe III = entre 20 et 36 mmHg<br>- Classe IV = > 36 mmHg<br>→ La prescription doit toujours comprendre la pression en mmHg |

## Indications de la compression veineuse

| Situation clinique | Dispositifs | Modalités |
|---|---|---|
| Varices > 3 mm | - Bas-jarret (chaussettes), bas-cuisse, collant<br>- Classe II ou III | Au long cours |
| Après sclérothérapie, traitement thermique ou stripping (variable selon les équipes) | - Bas-cuisse<br>- Classe II ou III | 4 à 6 semaines (variable selon les équipes) |
| Œdème chronique d'origine veineuse | - Bas-jarret (chaussettes), bas-cuisse, collant<br>- Classe III | Au long cours<br>Ré-évaluation régulière<br>du rapport bénéfices/risques |
| Pigmentation, eczéma veineux | - Bas-jarret (chaussettes), bas-cuisse, collant<br>- Classe III | |
| Lipodermatosclérose, hypodermite veineuse,<br>atrophie blanche | - Bas-jarret (chaussettes), bas-cuisse, collant<br>- Classe III | |
| Ulcère cicatrisé | - Bas-jarret (chaussettes), bas-cuisse, collant<br>- Classe III ou IV | |
| Ulcère ouvert | - Bandages multitypes en première intention<br>- Bas-jarret (chaussettes), bas-cuisse, collant<br>- Classe III ou IV | Jusqu'à cicatrisation complète |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *TTT* | **Cure thermale** | = **Crénothérapie** : bains à eaux tièdes et fraîches, massages sous l'eau, drainages lymphatiques, cures de boisson, sur une durée de 21 jours, après entente préalable avec l'organisme de santé<br>- En cas de **gêne clinique persistante après prise en charge médicale et/ou chirurgicale** | |
| | | Indication | - IVC avec signes cutanés de sévérité (de la dermite ocre à l'ulcère)<br>- Maladie post-thrombotique invalidante<br>- Œdème veineux et syndrome des jambes lourdes invalidants<br>- Lymphoedème (avec ou sans fibrose)<br>- Acrosyndrome mal toléré (Raynaud, acrocyanose)<br>➙ Non indiqué en cas de varice non compliquée ou de jambes lourdes isolées |
| | - Les différents traitements présentés ci-dessous sont indiqués en cas de **varices symptomatiques** et ont pour objectif de **« détruire » les veines pathologiques**<br>- Penser à **préserver le capital veineux** pouvant servir ultérieurement pour un **pontage artériel** chez les patients avec des facteurs de **risque cardio-vasculaires** ou une maladie athéromateuse (coronaropathie, artériopathie oblitérante…)<br>- Les **varices secondaires à un syndrome post-thrombotique** doivent habituellement être **respectées** car elles peuvent suppléer l'obstruction veineuse profonde | | |
| | **Scléro-thérapie** | = Injection d'un **produit sclérosant** dans la veine superficielle qui va évoluer vers une **cicatrisation** fibreuse et **rétractile** de la veine traitée,<br>- Possiblement échoguidée<br>- Après bilan clinique, échographique et hémodynamique complet (cartographie veineuse) | |
| | | Indication | Larges |
| | | CI | - Foramen ovale perméable connu et symptomatique : contre-indication formelle<br>- Atcd de TVP ou thrombophilie |
| | | Complications | = Non rares donc ne pas banaliser le traitement et évaluer rapport B/R<br>- **Réaction inflammatoire locale** avec risque de **TVS** en cas de surdosage<br>- Risque de **pigmentation**<br>- **Hématome**<br>- **Hypodermite** voire **nécrose cutanée** en cas d'extravasation du produit<br>- **Injection intra-artérielle** (gravissime) : **nécrose musculaire**, voire amputation |
| | **TTT endo-veineux** | - Techniques ayant **supplantées** les techniques chirurgicales, traitement de **1ère intention** après sclérothérapie<br>- **Technique de destruction par voie endoveineuse** = **radiofréquence** ou **laser endoveineux** : en ambulatoire, risque de dysesthésie | |
| | **TTT chirurgical** | - Indications de plus en plus **réduites** depuis les traitements endoveineux<br>➙ En l'absence de varices, l'existence d'un reflux isolé asymptomatique n'est pas une indication<br>➙ Chirurgie réservée aux veines réellement **pathologiques** (notamment chez le poly-athéromateux, chez qui la veine saphène peut être utilisée en cas de pontage aorto-coronarien ou fémoro-poplité mais qui sera inutilisable si trop altérée) | |
| | | Stripping de varice | = Indication pour forme étendue et tortueuse, de la grande ou de la petite veine saphène : après marquage cutané écho-guidé<br>- **Exérèse de la veine** par isolement à sa partie proximale, puis **montage d'un stripper** par l'incision proximale que l'on récupère dans la crosse de la veine<br>- Nécessite une AG ou une ALR |
| | | Phlébectomie | = Traitement complémentaire au stripping, plus étagé : **exérèse des collatérale des veines saphènes au crochet** par **micro-incisions cutanées** |
| | | CHIVA | = **Cure Hémodynamique de l'Insuffisance Veineuse en Ambulatoire** : déconnexion de la GVS et des collatérales de sa crosse sans stripping pour provoquer l'affaissement des veines superficielles anormales ➙ technique conservatrice, peu utilisée |
| | | Complications (rares) | - **Hématome** de la région de Scarpa ou sur le trajet du stripping<br>- **Paresthésies résiduelles** (lésion du nerf saphène interne ou externe)<br>- **Thromboses veineuses**<br>- **Récidive à long terme** : entre 3 et 20% à 5 ans |
| | | Prévention de la MTEV | - **HBPM à dose prophylactique**<br>- **Déambulation précoce** et **contention post-opératoire** systématique |
| *Suivi* | - Suivi phlébologique **annuel**<br>- **Règles d'hygiène** veineuse, notamment au travail<br>- Éducation du patient sur le caractère **évolutif et chronique** de la maladie veineuse | | |